

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Traitement
de
l'Abcès iléo-pelvien
d'origine appendiculaire

par GIRARD, RENÉ, PIERRE

né le 29 Décembre 1884, à Saint-André d'Ornay (Vendée)

PARIS
EDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

MM.

Anatomie descriptive		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Histologie		PRENANT.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Chimie		DESGREZ.
Physique		André BROCA.
Parasitologie		BRUMPT.
Bactériologie		BEZANÇON.
Physiologie		RICHET.
Pathologie expérimentale		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe		LEGÈNE.
Pathologie interne		RENON.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Opérations et appareils		Pierre DUVAL.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine		MÉNÉTRIÉR.
	Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales	Saint-Antoine	CHAUFFARD.
	Cochin	WIDAL.
Clinique thérapeutique de la Pitié	Beaujon	ACHARD.
	Hôtel-Dieu	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale	Saint-Antoine	HARTMANN.
	Cochin	LEJARS.
	Salpêtrière	DELBET.
Clinique obstétricale	Tarnier	GOSSET.
	Baudelocque	BAR.
	Pitié	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BRINDEAU.
— des maladies infectieuses		JEANSELME.
— des maladies nerveuses		TEISSIER.
— des maladies mentales		P. MARIE.
— infantile médicale		CLAUDE.
— d'hygiène de la première enfance		NOBECOURT.
— infantile chirurgicale		MARFAN.
— des voies urinaires		Auguste BROCA.
— gynécologique		LEGUEU.
— ophtalmologique		FAURE.
— oto-rhino-laryngologique		DE LAPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique		SEBILEAU.
Stomatologie		LANGLOIS, agrégé.
		FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON FRERE
MORT POUR LA FRANCE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière

qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.

Introduction

La question des abcès pelviens d'origine appendiculaire et de leur traitement a été discutée à maintes reprises et en particulier à la Société de Chirurgie de Paris en 1904 et en 1907.

Nous avons voulu simplement démontrer dans notre travail que l'ouverture chirurgicale de ces abcès par la voie haute, était souvent insuffisante et n'empêchait pas parfois l'ouverture spontanée dans la vessie. (Observations n° 1, n° 4, la première, avec guérison ; la seconde, mortelle), dans le vagin (observation n° 5, suivie de mort), ou dans le rectum (observations n°s 6, 7, 8, 9, suivies de guérison).

Cette ouverture chirurgicale, si elle est pratiquée en un point différent de celui vers lequel le pus tend à se faire jour, peut avoir de fâcheuses conséquences : (fistule persistant pendant plusieurs mois : (observation n° 2), ou même entraîner la mort par infection de la tranche opératoire (observation n° 3).

Les observations que nous avons rapporté à l'appui de notre démonstration ont été groupées dans l'ordre suivant :

D'abord trois observations inédites : n° 1, n° 2, n° 3, provenant du service de M. le professeur Desmarest.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici notre reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours témoigné dans son service.

Les observations n°s 4 et 5 se rapportent à des cas

d'appendicites pelviennes où l'incision iliaque n'a pas empêché l'ouverture dans la vessie ou dans le vagin, et suivies de mort.

Les observations n^{os} 6, 7, 8 et 9 sont des cas d'appendicite pelvienne avec ouverture spontanée dans le rectum, opérées et guéries. Dans les observations n^{os} 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18, il s'agit d'appendicites pelviennes où, sans intervention, l'ouverture spontanée dans le rectum a amené la guérison.

Dans l'observation n^o 19, l'ouverture s'est faite à la fois dans la vessie et le rectum et a été suivie de guérison.

L'observation n^o 20 rapporte un cas de guérison après ouverture spontanée à la fois dans la vessie, dans le rectum et à la peau. Dans les observations n^{os} 21 et 22, l'ouverture spontanée s'est faite dans le vagin, et a été suivie de guérison dans le premier cas, de mort dans le second.

Un certain nombre de ces observations ont été empruntées à l'excellente thèse de P.-L.-A. Chevalier. (De l'appendicite pelvienne, Paris 1900).

Nous tenons enfin à adresser ici nos plus sincères remerciements à notre ami le docteur Métivet, qui a bien voulu nous inspirer l'idée de cette thèse et dont les conseils éclairés nous ont permis de la mener à bien.

Traitement de l'abcès iléo-pelvien d'origine appendiculaire

Les abcès pelviens sont d'une extrême fréquence au cours de l'appendicite. D'après la statistique du chirurgien allemand Rotter, les abcès pelviens représenteraient le tiers environ du chiffre total des abcès péri-appendiculaires (41 sur 132).

L'origine de ces abcès pelviens est très variable.

1° Dans les deux tiers des cas, il s'agit de foyers purulents développés autour d'un appendice en situation pelvienne. Ce sont les abcès pelviens primitifs, qui, dans de nombreux cas, restent pelviens pendant toute la durée de leur évolution.

2° Dans quelques cas, il s'agit d'abcès pelviens résiduels, reliquats d'une péritonite diffuse, dont l'épanchement s'est évacué dans le cul-de-sac de Douglas, en même temps qu'il devenait nettement purulent. La situation déclive du cul-de-sac de Douglas explique suffisamment la localisation de tels abcès.

3° A la suite d'appendicectomie à chaud, pratiquée dans les quarante-huit premières heures, on peut voir apparaître dans la semaine ou dans la quinzaine qui suit l'intervention un abcès pelvien. Ces abcès pelviens consécutifs à l'appendicectomie ont été très bien étudiés dans la thèse récente de Jay, inspirée par M. le Professeur Lecène.

4° Dans certains cas, l'abcès pelvien coexiste avec une collection iliaque.

a) Parfois il s'agit de collections iliaques et pelviennes indépendantes.

b) Plus souvent, il s'agit d'un abcès unique, présentant un prolongement iliaque et un prolongement pelvien.

C'est l'étude de cette variété d'abcès iléo-pelviens que nous avons en vue.

Après avoir étudié les modalités anatomiques, la symptomatologie et l'évolution de ces abcès iléo-pelviens, nous verrons quel traitement on peut leur opposer et nous chercherons quelle est la voie de choix permettant de les aborder.

Anatomie pathologique

A. — Dans un premier groupe de faits, assez rares d'ailleurs, coexistent des abcès iliaques et pelviens indépendants, les seconds succédant généralement aux premiers.

Il faut rapprocher de ces abcès, les formes iléo-pelviennes à foyers multiples, qui sont généralement le reliquat de péritonites diffuses.

Ces cas de suppurations abdomino-pelviennes sont difficiles à traiter et nécessitent souvent des interventions successives.

B. — On peut décrire plusieurs formes anatomiques d'abcès iléo-pelviens vrais.

a) Généralement il s'agit d'abcès iléo-pelviens en bissac, remontant sous le cœcum dans la fosse iliaque ou même jusqu'au niveau de la région lombaire et descendant en bas jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Des adhérences agglutinant les anses grêles, le colon sigmoïde, le grand épiploon forment en dedans les limites de l'abcès.

Dans la règle, la communication existant entre la portion pelvienne et la portion iliaque de l'abcès est large.

B) Parfois, au contraire, des adhérences forment une ébauche de cloisonnement entre les deux étages de la collection. Mais ces adhérences sont presque toujours molles, friables et, la poche iliaque étant ouverte,

le doigt peut facilement les rompre et ouvrir largement le foyer pelvien.

b) Dans les abcès bi-iléo-pelviens, un diverticule né de la portion pelvienne de l'abcès gagne la fosse iliaque gauche et généralement ce prolongement gauche est moins développé que celui qui occupe la fosse iliaque droite.

Bérard compare justement ces abcès bi-iléo pelviens à un champignon dont le pied plongerait dans le bassin et dont le chapeau asymétrique reposerait sur les deux fosses iliaques.

C) L'abcès pelvi-hypogastrique est une collection née dans le bassin, remontant progressivement derrière la paroi abdominale dans sa zone médiane hypogastrique, mais n'ayant que peu de tendances à s'étendre latéralement vers les deux fosses iliaques.

D) On a décrit des abcès pelviens envoyant un prolongement dans la fosse iliaque gauche et M. Broca pense que beaucoup « d'appendicites à gauche » seraient de ces abcès pelviens, ayant secondairement poussé un diverticule dans la fosse iliaque gauche.

Encore faut-il, comme le fait remarquer Bérard, être certain que l'abcès est d'origine appendiculaire et n'est pas la manifestation d'une péri-sigmoïdite suppurée.

E) Enfin, Sénéchal dans sa thèse a décrit des abcès étoilés poussant des prolongements en tous sens, dans le bassin, les fosses iliaques, la région hypogastrique.

Etude Clinique

MODES DE DEBUT

L'abcès iléo-pelvien se produit, parfois d'emblée, parfois secondairement.

Dans le premier cas, après un début brusque et dès les premiers jours, la constatation de symptômes pelviens et l'exploration du bassin par le toucher rectal révèlent la formation d'un foyer inflammatoire pelvien, foyer qui va bientôt suppurer.

Dans le deuxième cas, après un début brusque, suivi d'une période de rémission, rémission d'ailleurs incomplète, une aggravation de l'état général, une reprise de la fièvre, parfois des troubles de fonctionnement des organes pelviens, traduisent l'existence de l'abcès. C'est généralement du huitième au quinzième jour de la crise que les manifestations se produisent.

PERIODE D'ABCES CONFIRME

L'abcès constitué va se révéler par des symptômes généraux, des symptômes fonctionnels, des symptômes physiques.

1° Symptômes généraux

Ils n'ont rien de particulier dans les abcès iléo-pelviens et traduisent seulement l'existence d'une collection suppurée.

Le faciès légèrement tiré, pâle, manifeste un état infectieux de moyenne gravité.

La fièvre, parfois rémittente, présente souvent des oscillations de moyenne amplitude.

Le pouls, plein, régulier, bat à 100, 120.

La respiration est accélérée.

La langue est généralement humide.

Les urines sont rares, foncées, parfois albumineuses, souvent riches en urates.

L'examen du sang montre, d'une façon constante, l'existence d'une hyperleucocytose avec polynucléose.

Cet examen du sang est d'une grande importance dans l'étude de l'évolution d'un foyer inflammatoire ; une augmentation continue du nombre des globules marquant d'ordinaire la phase de suppuration ; une diminution lente et progressive de l'hyperleucocytose pouvant, au contraire, faire espérer une résorption lente des exsudats.

2° *Symptômes fonctionnels*

Quelques-uns, sans intérêt, sont la manifestation d'un degré plus ou moins marqué de réaction péritonéale diffuse pouvant accompagner la formation de l'abcès.

Quelques nausées, parfois du hoquet, des douleurs abdominales vagues, tous signes sans grande valeur, peuvent être notés.

Il est, par contre, des signes traduisant la migration pelvienne de l'abcès et sur l'importance très grande desquels on ne saurait trop insister.

a) Les douleurs pelviennes, tantôt rétro-pubiennes, tantôt iliaques, avec des irradiations remontant vers les lombes ou descendant vers la face interne des cuisses, peuvent être observées. Mais il s'agit là de symptômes inconstants et souvent peu nets.

b) Quelquefois le malade présente des accidents d'occlusion intestinale, liés généralement à des condures du grêle, adhérent par une ou plusieurs de ses anses au gâteau inflammatoire. Parfois ces accidents d'occlusion sont légers, parfois ils sont plus sévères, traduisant une occlusion aiguë complète qui commande l'intervention.

c). Les phénomènes rectaux sont marqués d'ordinaire par du ténesme rectal. Le malade se plaint de pesanteur rectale, parfois de sensation de corps étrangers avec faux besoins. Ces accidents peuvent être liés à la simple présence de l'abcès ou au contraire être déterminés par l'existence d'une rectite glaireuse que nous verrons précéder presque constamment l'ouverture de l'abcès dans le rectum.

Dans certains cas, ces faux besoins coexistent avec une constipation opiniâtre que n'explique pas suffisamment l'obstacle mécanique constitué par la présence de l'abcès. Dans d'autres cas, on peut noter l'existence d'une diarrhée souvent fétide.

d). La constatation de troubles vésicaux est d'une grande importance et doit faire songer immédiatement à l'existence d'un foyer pelvien.

Les mictions sont difficiles, se faisant parfois en plusieurs temps. Elles sont souvent douloureuses, la

douleur s'observant parfois pendant la période de réplétion vésicale, parfois pendant la période d'évacuation.

Ces troubles vésicaux s'accompagnent souvent d'une polakyurie indépendante de l'existence d'une cystite véritable.

Enfin, dans certains cas, on a noté des accès de rétention complète ayant nécessité le sondage.

3° *Symptômes physiques*

A l'examen, l'abdomen paraît souvent irrégulier dans sa forme. Il existe dans la fosse iliaque droite une voussure immédiatement sus-jacente à l'arcade crurale, voussure qui peut rester cantonnée dans la moitié droite de l'abdomen, gagner la ligne médiane ou même s'étendre jusque vers la fosse iliaque gauche. Parfois cette voussure est masquée par un ballonnement plus ou moins marqué de tout l'abdomen. La palpation confirme l'existence, au niveau de cette voussure, d'une tuméfaction dure, douloureuse, immobile, plongeant dans le bassin et s'étendant latéralement vers la fosse iliaque droite ou vers les deux fosses iliaques, mais restant toujours plaquée contre l'arcade crurale.

Cette tuméfaction, mate à la percussion est d'abord dure, puis elle se ramollit progressivement, prend la consistance de « carton mouillé », puis plus tardivement, elle se ramollit en son centre et la fluctuation devient perceptible.

Le toucher rectal ou vaginal permet de retrouver

cette masse et d'en apprécier le volume par le toucher combiné au palper abdominal. Cette tuméfaction, pré-rectale et rétro-utérine est ferme, fixe, douloureuse, au contact du doigt qui l'explore. Plus tard on peut y percevoir une certaine dépressibilité qui traduit l'existence d'un ramollissement du foyer.

Evolution

L'évolution de l'abcès constitué est variable.

a). La *mort* est une terminaison rare, bien qu'il soit d'ailleurs très difficile d'en établir la fréquence. Elle se produit, soit par péritonite diffuse, conséquence de la rupture intra-péritonéale de l'abcès, soit par septicémie chronique ou septicopyohémie avec production de foyers multiples de suppuration.

Exceptionnellement elle est liée à l'existence d'une suppuration chronique et prolongée, conséquence d'un drainage insuffisant du foyer.

b). *Résorption*. — Il existe des faits indiscutables qui prouvent que ces abcès peuvent se résorber. Très lentement le pus disparaît, mais des adhérences inflammatoires persistent fort longtemps. Il est rare qu'elles disparaissent complètement et souvent quelques douleurs vagues, quelques tiraillements, parfois de vagues troubles urinaires ou rectaux traduisent la persistance de ces adhérences. Le chirurgien ne devra pas les méconnaître et saura attendre plusieurs mois après l'ouverture de l'abcès pour aller extirper l'appendice.

c). *Ouverture spontanée*. — C'est la terminaison la plus fréquente. Elle se produit parfois par ouverture

dans la cavité péritonéale ; cette rupture pouvant être spontanée ou favorisée par des manœuvres d'exploration de la tuméfaction. L'observation connue de Ménard, montre comment en quelques heures l'état du malade peut changer. Si une intervention n'est pas pratiquée d'extrême-urgence la mort survient généralement en moins de vingt-quatre heures.

L'ouverture à la peau ou dans un viscère creux est la terminaison habituelle et généralement favorable des abcès iléo-pelviens.

a) L'ouverture à la *peau* se produit au niveau de la fosse iliaque. Elle est annoncée par un œdème de la paroi avec apparition d'une circulation collatérale, signes qui, ici comme ailleurs, traduisent le voisinage du pus. Quand ces phénomènes se produisent, il est rare que le chirurgien attende l'ouverture spontanée de l'abcès et c'est généralement le bistouri qui ouvre la voie au pus. Cette ouverture peut amener la guérison, mais souvent celle-ci est incomplète. Après une chute momentanée de la température, une amélioration provisoire de tous les symptômes, on voit la fièvre reprendre, l'état général s'altérer de nouveau, tandis qu'un écoulement purulent persistant se produit par l'orifice fistuleux.

Parfois, une nouvelle ouverture de la collection dans le rectum ou la vessie entraîne une disparition définitive de tous les symptômes et la guérison de l'abcès. Mais souvent, cette fistule persistante, les accidents locaux et surtout généraux que sa présence entraîne forcent la main et commandent l'intervention.

b). L'ouverture *basse* peut se produire :

1° Dans la *vessie*. C'est une éventualité assez fréquente. Elle est d'ordinaire marquée par une pyurie assez abondante qui dure quelques jours et qui souvent ne s'accompagne d'aucun symptôme de cystite. La guérison est le mode de terminaison habituel qui suit l'ouverture vésicale des abcès pelviens.

2°. Dans le *vagin*. Cette ouverture, plus rare, réalise une véritable colpotomie spontanée, généralement suivie de guérison.

3° Dans le *rectum*. C'est l'éventualité la plus fréquente et qui est presque toujours suivie de guérison après une période d'écoulement de pus durant une dizaine de jours. Il est rare qu'après cette ouverture, le chirurgien soit amené à intervenir. L'ouverture dans le rectum est annoncée par deux signes sur lesquels il convient d'insister :

La *rectite glaireuse* : s'accompagne de ténésme rectal et de pertes glaireuses très abondantes. Ces pertes précèdent généralement de quelques jours seulement l'ouverture de l'abcès.

L'*œdème de la paroi rectale*, très facilement appréciable au toucher qui montre une muqueuse molle, dépressible, partiellement immobilisée par l'œdème sous-muqueux.

Ainsi, la terminaison habituelle des abcès iléo-pelviens est l'ouverture spontanée. Celle-ci souvent insuffisante quand elle se produit au niveau de la peau, est d'ordinaire suivie de guérison quand elle se produit dans la vessie ou le rectum. Le chirurgien qui désire ouvrir un abcès pelvien devra s'en souvenir.

Traitement

En vertu du vieil adage, le chirurgien qui constate la présence de pus dans un foyer iléo-pelvien est tenté d'intervenir pour donner issue à ce pus.

Plusieurs voies s'offrent à lui, voies dont les avantages et les inconvénients ont été bien mis en évidence par Chaput dans la discussion de la Société de Chirurgie de Paris de 1904.

1° L'ouverture abdominale par l'incision de Roux, suivie de drainage prolongé, peut amener la guérison, mais cette ouverture expose à des complications.

L'éventration est fréquente.

La guérison est généralement lente à se produire et un traitement longtemps prolongé est souvent nécessaire.

Dans certains cas, cette ouverture abdominale est insuffisante et n'empêche pas l'ouverture secondaire de la collection dans la vessie et le rectum.

Plus rarement, nous l'avons vu, ce drainage insuffisant peut amener la mort.

Dans certains cas, si le foyer inflammatoire n'a pas pris contact avec la paroi abdominale, l'ouverture haute est impossible. Le chirurgien arrive en effet, dans ces cas, dans un péritoine libre, et les opérateurs qui, pour ouvrir à tout prix la collection suppurée, ont réalisé une protection de la cavité abdominale avec des compresses, puis ouvert l'abcès, ont souvent transformé en péritonite diffuse, rapidement mortelle, une affec-

tion dont la tendance à la guérison spontanée est manifeste.

Nous voudrions enfin insister sur la possibilité d'un autre ordre d'accidents consécutifs à l'ouverture abdominale des abcès iléo-pelviens, accident que l'observation que nous rapportons paraît mettre en évidence, encore qu'il ne s'agisse pas dans notre cas d'un abcès à évolution pelvienne. Quand un abcès chaud émigre de la profondeur vers la superficie, les tissus qui entourent cet abcès sont, spécialement dans la direction que va suivre le pus, le siège d'un œdème marqué. Cet œdème, vraisemblablement accompagné d'une diapédèse active, traduit la mise en défense des tissus qui vont canaliser le pus. Quand on incise, par voie abdominale, une collection suppurée ayant une tendance naturelle à s'ouvrir à la peau, on est frappé par l'importance de l'œdème qui infiltre les parties molles, tissu sous-cutané, muscles, tissu sous-péritonéal. Or, dans l'observation que nous rapportons et dans laquelle l'ouverture de l'abcès a été suivie d'une part, d'une infection marquée de la tranche opératoire, d'autre part d'une aggravation manifeste de l'état général, il est noté qu'à l'incision de la paroi, l'œdème révélateur d'une mise en défense des tissus était absent.

Il est difficile, dans ce cas, de prévoir la voie naturelle qu'aurait suivi le pus, mais il paraît certain que l'arrivée d'un pus virulent sur les tissus de la tranche de section opératoire, tissus non mis en état de défense, a déterminé une infection grave de ceux-ci et hâté la terminaison fatale.

2° L'ouverture basse, pelvienne, peut choisir l'une des quatre voies suivantes :

a) La voie para-sacrée, que nous mentionnons à titre historique, pensant qu'aucun chirurgien n'aurait l'idée de recourir à cette voie complexe, menaçant les gros vaisseaux pelviens et favorisant l'infection des espaces cellulaires du bassin par le pus venu de l'abcès.

b) La voie périnéale. Elle est absolument contre-indiquée chez la femme, chez laquelle la voie vaginale est plus directe et plus simple.

Chez l'homme, elle a été recommandée par différents auteurs : Picqué, Sieur. Elle n'est pas passible du reproche, plus théorique que réel que l'on fait à la voie rectale : favoriser la réinfection de l'abcès par des microbes venus de l'extérieur. Par contre, elle nécessite une plaie large et profonde et l'accès sur la collection est indirect. De plus, ce long trajet qui conduit au pus pourra facilement être infecté par lui.

c) La voie vaginale est la voie de choix chez la femme. Par colpotomie, antérieure ou postérieure, on arrive directement sur l'abcès. Un drain, protégé par des mèches iodoformées est mis en place et laissé une dizaine de jours. Généralement, à ce moment, la cavité de l'abcès est affaissée et la guérison imminente.

d) La voie rectale est certainement une voie de choix. Les reproches qu'on peut lui faire n'ont guère de valeur. L'infection ascendante gagnant l'abcès en partant du rectum n'est pas démontrée. L'hémorragie, exceptionnelle, cède d'ordinaire au tamponnement. La

rectite n'a guère été plus observée que la cystite à la suite de l'ouverture des abcès dans la vessie. Enfin, si le drainage paraît insuffisant dans de rares cas, il est facile d'agrandir l'orifice et de placer dans l'abcès un gros drain sortant par l'anus. Cette voie, simple, ne nécessitant pas l'anesthésie générale, drainant au point déclive, amène la guérison en huit à dix jours.

En présence de ces différentes méthodes, quelle conduite devra tenir le chirurgien ?

1° Si l'abcès a manifestement une tendance naturelle à s'ouvrir au niveau de la peau de l'abdomen, s'il existe de l'œdème de la paroi (indépendant de l'œdème occasionné par l'application de glace ou de vessie d'eau chaude), le chirurgien devra hâter le moment d'ouverture de l'abcès et pratiquer une incision abdominale. Mais il devra savoir que souvent cette ouverture sera insuffisante et que malgré un drainage minutieux du cul-de-sac de Douglas, une ouverture basse pourra être nécessaire.

2° Si l'abcès a manifestement une tendance naturelle à s'ouvrir dans un organe pelvien et en particulier dans le rectum, s'il existe de la rectite glaireuse avec œdème des parois rectales, si l'état général est satisfaisant, le chirurgien devra s'abstenir et attendre une évacuation spontanée du pus qui sera dans l'immense majorité des cas suivie de guérison.

Observations

OBSERVATION N° 1

Service du Dr Desmarest.

Diagnostic : Appendicite avec abcès à évolution pelvienne.

Intervention : incision de Roux. Ouverture spontanée dans la vessie. Guérison.

Marcelle V..., 8 ans 1/2. Entre à l'hôpital de Créil le 5 août 1919 pour des accidents abdominaux douloureux avec vomissements et fièvre durant depuis une huitaine de jours.

Le médecin de garde pense à l'existence d'une invagination intestinale et fait appeler le chirurgien.

On se trouve en présence d'une enfant un peu amaigrie, au faciès tiré, ayant présenté quelques vomissements sans caractères spéciaux et souffrant du ventre. La température est à 38°, 38°5. Le pouls à 120 environ. Pas de polypnée marquée. A l'examen, la respiration abdominale est superficielle.

Le ventre est asymétrique ; il existe en effet une masse dans la fosse iliaque droite, masse qui se prolonge vers la ligne médiane qu'elle déborde.

Au palper, on sent au-dessus de l'arcade crurale une masse résistante, rénitente, remontant à 4 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et s'étendant vers la fosse iliaque gauche. Cette tuméfaction est mate. Le toucher rectal précise le volume de cette masse qui descend dans le bassin, sans qu'il y ait cependant de l'œdème de la paroi rectale. On porte le diagnostic d'appendicite avec abcès à évolution pelvienne.

Opération

Anesthésie à l'éther. Incision de Roux. Les muscles de la paroi et le tissu cellulaire sous-péritonéal sont légèrement œdémateux. Ouverture d'un foyer purulent se prolongeant dans le bassin. Drainage.

Comme la quantité de pus écoulé ne paraît pas répondre au volume de l'abcès, on pratique une incision exploratrice de la

fosse iliaque gauche sur le prolongement gauche de la masse. Le péritoine est libre ; l'incision est refermée.

On prévoit alors pour les jours suivants l'ouverture d'une collection suppurée dans le rectum.

En effet, trois jours après l'intervention, un abcès assez volumineux s'ouvre dans la vessie. La température tombe ; les symptômes fonctionnels et généraux s'amendent.

La pyurie, sans phénomènes de cystite dure une quinzaine de jours et la guérison survient sans autre incident.

L'enfant, qui devait être ramenée à l'hôpital au bout de 3 à 4 mois pour y être opérée de son appendice n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 2

Service du Dr Desmarest.

Diagnostic : Abcès iléo-pelvien. Incision de Roux. Fistule. Appendicectomie. Guérison.

Anne-Marie P..., 15 ans, est atteinte au début de septembre 1919, d'une crise d'appendicite paraissant être de moyenne intensité. Le traitement médical amène en effet rapidement un refroidissement qui paraît devoir être complet.

Mais vers le 8^e jour, la température qui n'était jamais redescendue aux environs de 37° monte à 38°, 38°2, tandis que se manifestent dans la fosse iliaque droite tous les signes d'une collection suppurée.

Au 15^e jour, un abcès est facilement reconnu ; il remonte peu au-dessus de l'arcade crurale, mais plonge dans le bassin, descendant derrière l'utérus, suivant la paroi antérieure du rectum qui est le siège d'un œdème marqué.

Opération

On ouvre la collection pelvienne par l'incision de Roux. On évacue ainsi un abcès contenant une grande quantité de pus fétide.

On draine par 2 gros drains glissés dans le Douglas.

A la suite de l'opération, la température tombe ; les symptômes s'amendent. L'appétit revient ; la malade engraisse notablement, mais il persiste une fistule, s'enfonçant profondément sous le Douglas, fistule qu'un traitement minutieux par la méthode de Carrel ne peut tarir. La malade rentre chez elle,

mais revient au bout de 3 mois pour subir une nouvelle intervention.

Une incision médiane conduit sur un foyer d'adhérences pelviennes. L'appendice est enlevé. Les trompes sont volumineuses et rouges, mais il ne semble pas douteux que ces modifications soient liées au voisinage de l'abcès.

On draine longuement ce foyer pelvien par voie sus-pubienne et la guérison complète se produit, plus de cinq mois après l'ouverture de l'abcès.

OBSERVATION N° 3

Service du D^r Desmarest.

Madame W..., née P..., 34 ans. Entrée à Lariboisière le 18 juillet 1919. Opérée le 19.

Diagnostic : Abcès appendiculaire. Incision. Décès.

La malade est entrée à l'hôpital pour de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite.

H. M. La malade a été prise brusquement dans la nuit du 12 au 13 juillet de violentes douleurs dans le côté droit. En même temps, elle éprouvait plusieurs frissons et était prise de vomissements.

Le 15 juillet, la température atteignant 40° et les douleurs augmentant, la malade est envoyée à l'hôpital.

Le 18 juillet : température axillaire 39°. Faciès vultueux.

Abdomen distendu, gros, avec tuméfaction à droite ; légère circulation collatérale à droite.

Au palper : violentes douleurs dans toute la fosse iliaque, mais avec maximum au point de Mac-Burney. Douleurs irradiant dans les lombes, mais localisées à droite. Empâtement et défense musculaire avec œdème de la paroi dans la fosse iliaque droite.

A la percussion : sonorité à peu près normale de l'abdomen ; submatité des lombes à droite.

Foie normal. Mictions fréquentes. Albumine.

Compte rendu opératoire

Anesthésie à l'éther.

Incision iliaque externe. Œdème sous-cutané dû aux applications de glace. Pas d'œdème des muscles ni du tissu sous-péritonéal.

Ouverture d'un très gros foyer rétro-cœcal remontant vers le rein.

Un litre de pus très fétide avec des gaz.

Gros drain, Deux mèches. Deux tubes de Carrel.

Evolution

Au pansement du 21, il existe une couenne grisâtre recouvrant toute la tranche opératoire.

Les phénomènes généraux s'aggravent ; la température s'élève jusqu'à 40°5 et la malade meurt le 21 juillet à 23 heures.

Autopsie

On trouve une vaste cavité s'étendant jusqu'à la ligne médiane, remontant jusqu'à la partie inférieure du bord externe du rein droit, mais ne descendant pas vers la cavité pelvienne.

Pas de trace de péritonite. A part quelques adhérences pleurales, rien à signaler.

Conclusion

Très probablement : mort par septicémie ayant son point de départ dans une infection qui s'est faite au niveau de la tranche opératoire.

OBSERVATION N° 4

Appendicite pelvienne. Incision iliaque n'ayant pas empêché l'ouverture dans la vessie. Mort.

(Observation 215, Stedman. — Boston Medical and Surgical Journal 1888. t. c. XIX. p. 241-243). Résumée.

A... B..., 41 ans. Constipation. Le 29 mars 1888 ; malaise le matin, vomissements dans l'après-midi suivis d'une douleur abdominale peu marquée et d'un léger frisson.

Le 30 : symptômes peu alarmants : pouls un peu accéléré ; température normale. L'après-midi : douleur plus intense dans les aines et la partie inférieure droite de l'abdomen. Vomissements biliaires.

Le 31 mars : température 40°. Pouls : 100. Douleur, calmée par la morphine devient intolérable l'après-midi. Vomissements

diminuent un peu. Constipation. Mêmes symptômes jusqu'au 3 avril.

Le 3, les douleurs se localisent dans la région inguinale droite. Quelques jours après, une tumeur sensible par le rectum confirme l'appendicite.

Le 5 avril : amélioration ; l'opération est remise.

Le 16, une induration apparaît dans la fosse iliaque droite, indiquant l'intervention.

Incision au-dessus du ligament de Poupart ; l'abcès est trouvé aussitôt. Un pus épais, abondant et brun s'écoule à la pression.

Le 29, le malade se plaint d'une douleur-très vive du côté gauche.

Le 30, il rend pour la première fois des fèces par l'anus ; elles s'écoulent aussi par la plaie et apparaissent dans l'urine.

Mictions douloureuses. L'urine s'échappe aussi par la plaie.

Mort le 6 mai.

Autopsie : la portion pelvienne de la cavité péritonéale contient du pus gris jaunâtre, visqueux.

OBSERVATION N° 5

Appendicite pelvienne. Ouverture vaginale s'étant opérée malgré une incision iliaque droite. Continuation de l'évolution abdominale. Incision iliaque gauche. Mort.

(Observation du Professeur Broca : n° 35 de la thèse de Chevalier (Résumée).

Marguerite P... 11 ans 1/2 entre le 5 janvier 1900 à l'hôpital Trousseau.

Antécédents nuls : rougeole à 8 ans ; coqueluche à 9.

Après une grippe légère, elle est prise le 25 décembre de douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, diarrhée.

A l'examen : empatement de la fosse iliaque droite s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche. Matité sous-ombilicale. Pouls 116. Température 39°.

Le toucher rectal révèle une grosse tumeur fluctuante occupant la partie gauche et antérieure du rectum.

Le 8 janvier : empatement persiste. Douleur à la pression moindre. Pouls bon : 108. Temp. 37°4.

Opérée le 8 janvier. Incision de Roux. Pus jaunâtre, fétide, assez lié. Drainage.

Le 16 janvier : écoulement par le vagin de pus et de matières stercorales liquides. Au spéculum, on aperçoit sur la partie postérieure du vagin un orifice punctiforme par où coule un liquide noir, infect.

Le 17 janvier : empâtement de la fosse iliaque gauche. Incision gauche, qui ouvre un foyer contenant une certaine quantité de pus bien lié. Drainage. La fièvre tombe de 39°2 à 37°8.

Le 18 janvier les conjonctives deviennent subictériques.

Lavages du vagin 2 fois par jour. Selles moulées et fétides.

Etat général : reste mauvais. Ecoulement vaginal persiste.

Le 25 on dilate la fistule vaginale et on y met un drain.

Mort le 26 janvier par hémorragie vaginale.

Autopsie. Adhérences dans toute la cavité abdominale des 2 côtés. Large poche dans le petit bassin, à paroi postérieure formée par le rectum et la paroi pelvienne : la paroi antérieure par l'utérus et les ligaments larges. La voute est formée par des anses grêles. En bas, la poche descend dans le Douglas et s'ouvre à l'union de la partie postérieure du vagin avec le col.

L'appendice est perforé près du sommet.

OBSERVATION N° 6

Appendicite pelvienne opérée à froid : ouverture dans le rectum. Incision latérale. Guérison (Observation du Docteur Jalaguier).

H... étudiant en médecine. Présente le 6 janvier 1899 une selle unique, diarrhéique, très liquide, nauséabonde, sans coliques. Le 7 janvier : coliques violentes surtout dans la fosse iliaque droite. Le lendemain coliques péri-ombilicales ; pas de douleurs dans le côté droit : état nauséux. Du thé et une purgation de sulfate de soude sont vomis.

Le 9 : écoulement glaireux du rectum, sans douleur, constamment, en dehors des défécations : même au lit. Etat persiste : seul symptôme objectif : défense musculaire un peu plus prononcée à droite qu'à gauche : pas de douleur au point de MacBurney. On pense à une occlusion intestinale d'origine nerveuse. Purgation avec limonade reste sans effet. La constipation dure depuis le 7.

Le 12 janvier l'écoulement glaireux continu ; il est mêlé de petites membranes transparentes, grisâtres (peaux de raisins très

minces) ramenées en grande quantité par un lavement. Ténésme rectal et cuisson pénible de l'anus.

Le 15 on pratique un toucher rectal ; on sent de l'empâtement à droite et en arrière : on diagnostique : phlegmon péri-rectal.

Le 19 : évacuation involontaire par l'anus de matières très liquides, brunâtres, sans aucun corps solide, répandant une forte odeur ammoniacale. Evacuation dure jusqu'au lendemain. Le malade se rétablit aussitôt et se lève 3 ou 4 jours après.

Le 2 février, rentré à Paris, il voit le Dr Jalaquier qui diagnostique : appendicite pelvienne probable et l'opère le 19 mars.

Opération : Incision de Jalaquier. Appendicee adhère au rectum par sa pointe presque au niveau du plancher pelvien. Ablation assez pénible au milieu des adhérences. Enfouissement : drainage. Guérison sans incident.

OBSERVATION N° 7

Appendicite pelvienne avec douleur à gauche et ouverture spontanée dans le rectum. Intervention. Guérison.

(Observation X de la thèse de Lavabre 97-98. Nové-Josserand) Résumée.

V... Jeanne 26 ans. Début il y a 2 mois 1/2 par des douleurs abdominales vives avec prédominance à gauche. Constipation. Température

Constipation persiste, avec douleur rectale continue empêchant la position assise et accompagnée d'un écoulement glaireux..

Douleurs : se calment au bout de quelques jours.

Cet état dure un mois 1/2 puis la malade évacue spontanément par le rectum une certaine quantité de pus et est soulagée.

Depuis quelques jours : réapparition de douleurs violentes avec température sans réaction péritonéale et en même temps formation d'un empâtement dans la fosse iliaque, remontant à 5 ou 6^m au-dessus de l'arcade et ayant tous les caractères d'une collection pérityphlitique antérieure, collection perceptible aussi par toucher rectal et toucher vaginal.

Incision de Roux. On tombe sur un péritoine sain : on l'ouvre : un peu de liquide citrin s'écoule. La base du cæcum est noyée dans des adhérences. En grattant avec le doigt au niveau de l'origine cœcale de l'appendice, on ouvre une grande collection de

pus qu'on évacue. Nettoyage de la cavité. Drainage.

Suites très simples : encore une ou deux ascensions de température les jours suivants, qui disparaissent après l'évacuation par le rectum d'un peu de pus.

La malade sort guérie : revue 4 mois après en bonne santé.

OBSERVATION N° 8

Pr Walther.

Appendicite pelvienne. Ouverture rectale spontanée. Opération. Guérison.

R..., 19 ans. Etat digestif très irrégulier. Première crise d'appendicite en 1897. Le 14 mai 1898, deuxième crise identique : inappétence, vomissements, céphalalgie, constipation.

Vu le 19 mai en pleine péritonite : pouls 120 ; température 40°. Ventre peu ballonné, pas de foyer net dans la fosse iliaque droite ; pas de submatité. Dysurie très accentuée. Ténésme vésical et rectal. Cathétérisme.

Diagnostic : appendicite pelvienne.

Traitement : glace, opium, eau ; injection de sérum ; sonde rectale pour les gaz. Jours suivants : même état : miction impossible.

L'amélioration apparaît peu à peu ; alimentation lactée.

Le 4 juin : apparition de glaires rectales ; ouverture du foyer dans l'intestin. Evacuation d'une grande quantité de pus infect ; d'un seul coup. Lavage du rectum à l'eau bouillie.

Le 21, opération : laparotomie latérale. Incision de Roux. Ascite assez abondante. Recherche de l'appendice assez difficile. Ablation. Guérison.

OBSERVATION N° 9

Appendicite suppurée. Abscess pelvien secondaire ouvert dans le rectum. Guérison après appendicectomie à froid par A. Dupraz (de Genève). 24 juillet 1907. Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Rapport de M. Potherat.

Enfant : 11 ans. Opéré à Castres 5 ans avant d'une appendicite aiguë avec suppuration abondante.

Opération : ouverture de la fosse iliaque sans ablation de l'appendice. Intervention suivie de succès. Guérison par cicatrisation de la paroi avec une petite événtration.

Cinq ans après : nouvelle crise aiguë avec tous les signes habituels. Le traitement antiphlogistique est institué pour amener le refroidissement.

La suppuration se produit ; devient évidente. Le pus remplit la fosse iliaque, soulève et distend la cicatrice de la première incision. Une nouvelle s'impose.

M. Dupraz la fait, évacue une grande quantité de pus, draine, mais n'enlève pas l'appendice.

Pendant que le pus se formait et s'accumulait dans la fosse iliaque une tuméfaction qui bombait dans le rectum avait été constatée. Avant même l'ouverture pariétale, du pus s'était évacué spontanément et abondamment par le rectum, sans faire cesser les accidents au niveau de la fosse iliaque droite et avait continué à s'écouler tous les jours, mais il avait promptement disparu après l'incision iliaque et le drainage.

Cicatrisation lente : complète depuis 2 mois quand M. Dupraz intervint absolument à froid.

Il trouva un appendice volumineux, recourbé en haut et en dehors adhérent par son extrémité libre au cœcum et par sa partie moyenne à une anse grêle sans communiquer avec la cavité de ces organes. Il enleva l'appendice : la communication avec le cœcum persistait et il y avait un coprolithe de 1 $\frac{1}{2}$ m dans le canal de l'appendice.

Guérison. Revue 2 ans après en bonne santé.

OBSERVATION N° 10

Appendicite avec ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.

(Observation de Salques, maître en chirurgie à Sens. 1770.

27 avril). Résumée.

Bossu : vigneron 24 ans ; tempérament bilieux.

Constatacion d'un abcès de la fosse iliaque.

Traitement : diète, lavements, repos ; huile et beurre frais à l'intérieur.

Le 25 mai, reprise de la crise à la suite d'écart de régime.

Douleur dans le bas-ventre. Tension du ventre suivie d'une grande difficulté d'uriner.

Le 12 juin, le malade n'a plus vomi et souffert que légèrement. Le même jour, il a rendu « tout le cœcum avec son appendice en partie gangrené ».

4 confrères, témoins du fait, ont vu l'intestin cœcum après que le malade l'eut rendu.

OBSERVATION N° 11

*Appendicite avec ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.
(Observation VIII du mémoire de Ménière). Résumée.*

Malade : broyeur de couleurs.

Présente des symptômes abdominaux d'appendicite : douleurs, vomissements, fièvre.

Ténésme dysentérique très violent en juin 1895.

Le 3 septembre suivant, rend 8 onces de pus crémeux dans ses selles.

Deux semaines après, il sort guéri.

OBSERVATION N° 12

*Appendicite avec ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.
(Observation IX du mémoire de Ménière). Résumée.*

Palefrenier : présente des symptômes d'appendicite, douleurs, vomissements, fièvre.

Ténésme rectal. Quelques jours après évacue du pus par le rectum.

Sort guéri quinze jours plus tard.

OBSERVATION N° 13

*Appendicite avec perforation rectale spontanée. Guérison.
(Observation XI du mémoire de Ménière). Résumée.*

Femme.

Présente des symptômes d'appendicite.

Rend du pus par le rectum.

Le trentième jour : état de santé parfait.

OBSERVATION N° 14

*Appendicite avec ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.
(Observation XII du mémoire de Mènière). Résumée.*

Homme : présente des symptômes d'appendicite.

Emission abondante de pus par l'anus, qui met fin à ses douleurs abdominales et fait disparaître l'empâtement iliaque. Sort guéri au bout d'une semaine.

OBSERVATION N° 15

Appendicite pelvienne. Mictions fréquentes. Toucher rectal concluant. Opération refusée. Ouverture rectale spontanée. Guérison. (Observation de Pautet. Gazette médicale de Paris 1889). Résumée.

X..., Sicilien, 24 ans. En juillet et en août 1881 garde le lit. Région sus-pubienne tuméfiée et douloureuse. Emissions d'urines très fréquentes. Le malade croit avoir rejeté du pus par l'anus. Le 2 août 1882, après une traversée en mer, nouvelle crise avec empâtement et douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 26 août : voussure notable de la région sus-pubienne. Palper abdominal très douloureux. La tumeur paraît pénétrer dans le petit bassin. La fosse iliaque droite est douloureuse, empâtée, mais sonore. Le malade urine 12 à 15 fois par jour, sans douleur. On sent la tumeur par le toucher rectal.

Selles tous les 2 ou 3 jours, en bols étroits et mous.

Pendant quelques jours, un peu de rectite. Légère réaction fébrile.

Le 4 septembre : émission de pus par l'anus : la tumeur diminue peu à peu et les émissions de pus continuent.

Le 16 septembre, la tumeur sus-pubienne a disparu.

Le 26 septembre, il reste une plaque d'induration en avant du rectum. Les mictions redeviennent normales comme fréquence.

Revu en juillet 1883 en bonne santé.

OBSERVATION N° 16

(Thèse de Rocheron. Lyon 1892)

*Appendicite pelvienne ouverte spontanément dans le rectum.
Guérison.*

Docteur C..., 44 ans. Pérityphlite en 1890. Bonne santé antérieure. Depuis 2 ans : douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite.

Le 3 juillet : après une période de surmenage et de repas irréguliers, constipation avec douleurs marquées dans la fosse iliaque. Le soir : indigestion et vomissements alimentaires qui durèrent toute la nuit. Vers le matin : frisson violent d'une 1/2 heure, puis sensation brusque de rupture dans le ventre, suivie de douleur très vive dans la fosse iliaque droite, et de ténésme vésical. Application de 12 sangsues : soulagement. Douleurs : persistent la semaine suivante. Vomissements des matières ingérées, puis pendant 3 jours, régurgitations de matières fécaloïdes. En même temps : météorisme ; pas de selles ; dans la fosse iliaque droite : empâtement diffus, vague, peu marqué et par toucher rectal un foyer diagnostiqué. Température peu élevée : entre 38° et 39°. Pendant une semaine : état assez grave : on pensa à une laparotomie. On ne la fit pas à cause de l'absence d'une sensation nette de foyer d'induration ou d'empâtement dans la région abdominale antérieure. Seule l'existence de la tumeur dans le petit bassin, appréciée par le toucher rectal, pouvait donner une indication d'intervention.

Vers le 20 juillet, les symptômes généraux s'étaient très atténués. Quelques jours après, la tumeur rectale se vida dans l'intestin : en une fois, il sortit un verre de pus fétide et l'évacuation continua pendant 3 jours. A partir de ce jour : entrée en convalescence ; le malade sortit le 18 août.

Persistance de douleurs légères dans la fosse iliaque droite jusqu'en octobre.

Maintenant : santé excellente : vague sensation de pesanteur en cas de constipation. Pas de nouvelles crises, mais difficulté de se servir de la jambe droite.

OBSERVATION N° 17

Appendicite pelvienne : toucher rectal concluant. Temporisation. Ouverture rectale spontanée. Guérison. (Observation : thèse de Dormoy). Résumée.

D..., 17 ans. Constipé habituel. Indigestion en mai 1898 : se rétablit. Huit jours après, se met au lit. On trouve la fosse iliaque entièrement libre, mais par le toucher rectal on sent assez haut un empâtement très net et très douloureux.

Refus d'intervention. Après 6 semaines de douleurs épouvantables, le malade évacue du pus par le rectum.

Au bout de trois semaines, il peut partir à la campagne.

Revu : bien portant, mais avec une certaine gêne dans la jambe droite.

OBSERVATION N° 18

Appendicite aiguë. Terminaison par abcès pelvien ouvert spontanément dans le rectum. Guérison. Observation du docteur Breynaert (de Dunkerque) 1907. (Résumée). Rapport de M. Félizet. (Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.)

Jeune lycéen : 15 ans. J. A. de Dunkerque.

Très grand et très fort. Embonpoint exagéré : gros mangeur.

Santé : généralement bonne à part dyspepsie. Alternatives de constipation et de diarrhée. Colite muqueuse habituelle.

Il y a 2 ans, pendant un voyage à l'étranger : première crise (douleurs abdominales violentes) disparue en 2 à 3 jours par le repos, la diète et la glace.

Le 8 septembre 1903, sans écart de régime, ni fatigue : crise d'appendicite très violente, brusque. Vomissements, douleur extrême, ballonnement du ventre, état général inquiétant. Deux selles liquides, sans soulagement.

Le lendemain matin : température 40°. Pouls 128. Ventre météorisé. Maximum de douleur au point de Mac-Burney, avec irradiation étendue à tout l'hypogastre. Opium. Glace. Diète. Repos absolu.

Le 3^e jour, dans la nuit : température 40°4. Pouls 140.

Le Docteur Félizet voit le malade et estime une intervention

rapide nécessaire. En attendant : application de 15 sangsues dans la fosse iliaque droite qui produisit un soulagement marqué. La température baissa d'un degré et le pouls tomba à 120. Au toucher rectal : rien d'anormal.

Amélioration continua : douleur moins vive. La température resta à 39°. La paroi abdominale cessa de se défendre et on put explorer à fond la région cœcale.

Les Docteurs Félizet et Breynaert furent frappés de la libération presque complète de la fosse iliaque droite et de l'existence d'une masse arrondie, tendue, douloureuse à la pression, surplombant la vessie et semblant plonger dans le petit bassin.

Le toucher rectal ne faisait rien découvrir encore, mais le malade souffrait vivement lors de son lavage intestinal. La température, à 39°3 le soir, tombait à 37°8 le matin.

Le traitement médical fut suivi rigoureusement.

Le 15 septembre (18^e jour de la crise) : on découvre par toucher rectal une tumeur globuleuse, résistante, très sensible au toucher et encore peu fluctuante. En même temps, la tuméfaction sous-ombilicale a à peu près disparu ; la fosse iliaque et le bas-ventre sont devenus libres. Sonorité partout à la percussion. La vessie fonctionne bien.

Du côté du rectum : douleur, ténésme et émission de mucosités glaireuses.

Les épreintes et la douleur furent atténuées par le lavage avec la sonde portée très haut et quelques purgatifs, mais la température ne descendait pas à 39°.

La masse du cul-de-sac de Douglas n'était pas plus grosse ; elle était plus molle ; la fluctuation manifeste, mais le centre du foyer était très élevé encore.

Trouvant que l'orientation du foyer était bonne et qu'il n'y avait pas péril, on attendit pour ouvrir.

Le 21 septembre (14^e jour de la crise) l'ouverture spontanée se fit à la suite d'une selle (250 gr. de pus sanieux, très fétide, avec des particules sphacélées.

Le lendemain, la température vespérale tombe de 39°3 à 37° et se maintient à la normale.

Le Docteur Breynaert ne fit dans le foyer ni sondage, ni irrigation ; simplement lavements naphtolés matin et soir. Après 8 jours, plus de suppuration.

L'ouverture s'était faite et la guérison était survenue dans les

conditions de déclivité, de rapidité et d'inocuité que le Docteur Chaput demande à l'intervention par la voie rectale.

Ce qui a déterminé l'expectative c'est la constatation de la migration de l'inflammation vers le petit bassin, migration si complète que la fosse iliaque récupérait son intégrité et que la région du cœcum redevenait libre et indolente à mesure que la phlegmasie cheminait vers le rectum.

OBSERVATION N° 19

Appendicite pelvienne probable. Ténésme. Evacuation du pus par la vessie et le rectum. Guérison. (Observation n° X du mémoire de Ménière).

Jeune homme : 20 ans, porteur d'eau, assez faible, fait un écart de régime en août 1897.

Nausées, coliques et diarrhée abondante pendant 12 jours.

Constipation pendant 3 jours, puis symptômes gastriques graves. Ténésme très douloureux.

Fosse iliaque : siège d'un gonflement avec des élancements. saignées du bras : sangsues.

Le 17^e jour, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur a le volume des deux poings ; est fluctuante.

Bientôt elle se vide dans le cœcum et le pus est rejeté au dehors par l'anus.

En même temps les urines jusqu'alors claires déposent une grande quantité de matière blanche ayant l'aspect du pus.

Cette double évacuation continue 10 jours.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION N° 20

Appendicite : ouverture spontanée par le rectum, par la vessie et par la peau. Guérison. (Observation XVIII du mémoire de Ménière). Résumée.

Eugène-Louis S... : présente en même temps que des symptômes généraux d'appendicite, une tumeur de la fosse iliaque droite que l'on traite par des emplâtres irritants, ce qui paraît produire l'ouverture cutanée de la tumeur.

Le pus s'écoule à la fois par cette ouverture, par le rectum et la vessie.

La guérison survient malgré cela.

OBSERVATION N° 21

Appendicite pelvienne. Ouverture vaginale. Guérison. (Observation du Professeur Walther, N° 40. Thèse de Chevalier. Paris 1900). Résumée.

Mademoiselle L..., 18 ans.

Le 12 mars : première crise. Coliques abdominales dans tout le ventre, plus marquées dans la fosse iliaque droite, sans point précis. Vomissements alimentaires et bilieux. Diarrhée. La malade continue à sortir.

Le 16, elle se met au lit. Diagnostic : coliques néphrétiques. L'état s'aggrave : vomissements incessants ; douleurs vives et continues.

Le 21 : ventre ballonné, peu douloureux au palper. Pas d'hyperesthésie. Point douloureux plus bas que le point de MacBurney. Paroi contracturée. Submatite de la fosse iliaque droite. Température : 37°8 le matin et le soir.

Le 23 : traits tirés. Pouls petit et fréquent. Douleurs vives et continuelles. Vomissements incessants. Tuméfaction assez grosse, médiane, débordant plutôt à droite. Température : 38° matin, 38°4 le soir.

Le 25 : évacuation par le vagin d'un liquide sale, gris noirâtre, très fétide. Température : 38°2 matin, 37°8 le soir.

Le 26 : pus. Température baisse : 37°6 matin, 37°4 soir. Vomissements cessent ; douleurs moins vives.

Le 27 : alimentation. Température : 37°4 ; 37°6.

Le 28 : bonne journée. Température : 36°6 ; 36°8.

Le 29 : fièvre, coliques. Température : matin, 36°6 ; soir, 38°. Ecoulement du pus se fait mal ; la tumeur augmente. La température monte à 39°.

Le 3 avril : entrée à la maison Dubois. Température : 38°5, 39°4.

Le 4 : pas de vomissements. Palpation : tumeur occupant la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'à la ligne médiane, tumeur dure, ligneuse, douloureuse. Le doigt perçoit dans le vagin la tumeur et une éminence percée d'un orifice où coule du pus au niveau du cul-de-sac postérieur. Le professeur Walther l'agrandit au doigt et un flot de pus s'écoule.

Lavage à eau bouillie et drainage avec deux gros tubes de caoutchouc.

La température baisse et n'a plus remonté jusqu'à la sortie.

Le 8 : alimentation reprise.

Le 17 : sortie.

Le 26 : un peu de pus.

Le 27 : revue, va très bien ; pas de pus. Le drainage continue : la poche n'est pas refermée. La tuméfaction est du volume d'un œuf de poule, dure, indolore, diminuant constamment.

Le 30 : règles reviennent, moins longues (3 jours) mais plus abondantes, très douloureuses le premier jour. Elles n'étaient pas revenues depuis le 14 mars. En mai, on constate par toucher vaginal une induration paraissant répondre à l'appendice.

OBSERVATION N° 22

Appendicite pelvienne. Ouverture vaginale spontanée. Mort.
(Observation du Professeur Monod, n° 53, thèse de Chevalier, Paris 1900). Résumée.

Jeune fille : 22 ans, jamais réglée.

Première crise d'appendicite en janvier 1899. Courte, peu grave, ayant laissé une douleur persistante spontanée à la pression de la fosse iliaque droite.

Deuxième crise : plus violente, en octobre, avec fièvre, ventre ballonné, douleur localisée, pas de vomissements. Les symptômes se calment vite, le ventre redevient souple, la santé paraît revenir. Opération à froid proposée et refusée. Il ne reste qu'une légère douleur locale à la pression sur la ligne de Mac-Burney, sans empatement, ni tuméfaction.

Troisième crise : en janvier 1900. Fièvre ; douleur localisée. Ventre pas distendu. Vomissements pendant 4 jours. Diminution notable d'urine.

Accalmie légère qui dure peu. Onze jours après le début de la crise, la douleur reprend. La malade souffre plus bas, vers l'anus. Le toucher rectal révèle une masse dure et douloureuse dans la région rétro-utérine. Le ventre reste souple, plutôt en bateau. Dix jours plus tard : évacuation par le vagin d'un liquide séropurulent assez abondant. L'index dans le vagin sent à droite du col un petit orifice en cul-de-poule. L'écoulement est suivi de bien-être ; les douleurs disparaissent, la température redevient normale.

Le 12 février, le mieux continue ; la malade se lève tous les

jours. Pas de température. Selles tous les jours. Aucune douleur au palper. L'écoulement vaginal, qui a duré 2 jours, n'a pas reparu. Au toucher : induration rétro-utérine persiste, mais pas douloureuse.

Le 22 février : même état. La malade se nourrit mal, ne mange pas. Au toucher rectal, plus de masse unique, mais masses dures isolables, localisées à droite du col surtout. Ventre : toujours pas douloureux.

Mois de mars et première quinzaine d'avril : situation identique.

Le 15 avril : nouvelle crise. Le ventre est douloureux autant à gauche qu'à droite, pas ballonné. Urines de nouveau rares et apparition de pus. Peu de fièvre. Vomissements incessants empêchant alimentation.

Le 26 : la malade maigrit. Vomissements persistants. Toux quinteuse sans phénomènes stéthoscopiques, mais épuisante. Urines rares, mais pas purulentes. La famille consent à une intervention urgente (consultation avec les Docteurs Jalaguier et Walther), mais impossible pour le moment.

Quinze jours après : la toux ayant cessé brusquement ; l'état général étant un peu amélioré et l'émission d'urine normale, l'opération est tentée malgré l'état précaire. La malade a toujours eu de l'albumine (de 90 cg. 10 cg. par litre).

Toucher rectal : à droite de l'utérus : petite masse dure, peu douloureuse (appendice sans doute) maintenue par des adhérences. Ventre souple, pas douloureux ; pas de point de Mac-Burney ; pas d'empatement ; pas de plastron ; pas de défense musculaire. Appendice est réséqué difficilement, sauf un petit fragment absolument fusionné avec le péritoine pelvien. L'opération est terminée sans incident. Suites : réveil 2 heures après ; pas de vomissements ; bon état apparent. Ensuite elle dort, se réveille difficilement, pour se rendormir aussitôt. Pouls très bas, pas rapide. Température : 37°2.

La nuit même situation. Le lendemain même état. La malade est inconsciente. L'après-midi, elle roule la tête sur l'oreiller : quelques cris inarticulés. Pas de vomissements ni de fièvre. Température 37°3. Pouls régulier. Urines suffisantes (cathétérisme). Avale à peine les liquides. Sensibilité cutanée abolie ; réflexes conservés. Inconscience absolue. Le soir : l'agitation cesse. Coma. Mort à minuit.

Conclusions

1° L'abcès iléo-pelvien est fréquent au cours de l'appendicite, tantôt en se développant de haut en bas, plus rarement se propageant de bas en haut ; il pousse parfois des prolongements dans la région hypo-gastrique et dans les deux fosses iliaques.

2° Sa symptomatologie traduit l'existence d'une collection suppurée abdominale ; des troubles fonctionnels rectaux et vésicaux témoignent de la présence d'un prolongement pelvien.

3° La guérison de ces abcès est fréquente après ouverture spontanée. Celle-ci se produit : exceptionnellement, au niveau de la paroi abdominale ; rarement dans le vagin et dans la vessie ; très fréquemment dans le rectum. Cette ouverture rectale est d'ordinaire annoncée par deux grands symptômes : la rectite glaireuse et l'œdème de la paroi rectale.

4° L'ouverture chirurgicale de ces abcès peut être pratiquée par voie haute ou par voie basse. La première est fréquemment insuffisante et n'empêche souvent pas l'ouverture spontanée dans le rectum, la vessie ou le vagin.

5° L'ouverture chirurgicale pratiquée en un point

vers lequel le pus ne tend pas naturellement à se faire jour risque d'inoculer des plaies opératoires dont les tissus ne sont pas en état de défense. De graves conséquences peuvent en résulter.

Vu : *Pour le Doyen* :
G. POUCHET.

Vu : *le Président* :
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie :
ISTRIA.

Bibliographie

- ALAMAGNY. — Appendicite à foyers multiples : abcès gazeux épigastrique : fistule bronchique : guérison.
(Loire méd. 1901. Saint-Etienne. XX. 20-22.)
- ALLAN (A. P.). — A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder : recovery.
(Brit. M. J. Lond. 1900. II. 1432.)
- BATBLE (W. H.). — Remarks on appendix abscess.
(Abstr). Practitioner Lond. 1907. 1 x x X 737-749.
- BÉRARD ET PATEL. — L'appendicite. 1914.
- BISCARRI (M. A.). — Elementos para el diagnostico y pronostico de la appendicitis y de los abscessos appendiculares del vientre.
(Madrid 1912. Estab. tip de Fortanet. 83 p. 8°.)
- BLECHTLY (G. F.). — Appendicitis complicated by hepatic abscess.
(Brit. M. J. London 1908. i 1164.)
- BREYNAERT. — Appendicite aiguë ; terminaison par abcès pelvien ouvert spontanément dans le rectum ; guérison.
(Rapport de M. Félizet. Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris, 1904, ns. XXX 648-653.)
- A. BROCA. — Les abcès pelviens de l'appendicite.
(Bull. Médic. Paris. 1901. XV. 589-593.)
Récidive d'appendicite deux ans et demi après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum.
(Revue génér. de clin. et ther. Paris 1907. XXi. 321.)
Traitement des abcès pelviens de l'appendicite.
(Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris. 1907. ns. XXX iii. 491-502.)
- BUREAU E. — Abcès du foie dans l'appendicite.
(Gaz. méd. de Nantes. 1904. 2 s. XX ii. 1-9.)
- CHACE (A. F.) et QUINTARD (E.). — Report of an atypical case of appendicular abscess.
(Post-Graduate N. Y. 1907. XX ii. 1005-1007.)
- CHAPUT. — Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien.
(Bull. et mém. Soc. de Chir. Paris 1904. ns. XXX. 648-653.)
- CHEVALIER (P. L. A.). — De l'appendicite pelvienne.

- (Paris, 1900, G. Steinheil. 8° n° 451. (128 p.).
- CHIFOLIAU. — Le drainage rectal des abcès appendiculaires pelviens.
(Progr. Méd. Paris 1911. XXV ii. 19-21.)
- CLARKE (J. J.). — Two cases of abscess of the liver complicating appendicitis.
(Méd. Press. et Circ. Lond. 1911. ns. X ii. 198.)
- CLOGY (H. S.). — The advisability of removing the appendix at the time of opening the appendicular abscess.
(Lancet. Lond. 1909. i. 686.)
- CUFF (A. W.). — The treatment of appendix abscess.
(Lancet. Lond. 1908. ii. 367-371.)
- CURTISS (H.). — Appendicitis complicated by hepatic abscess.
(Brit. Méd. J. Lond. 1908. 1331.)
- DAVIS (L.). — Two cases of appendix abscess drained by rectal puncture.
(J. Am. M. Ass. Chicgo. 1911. l v ii. 1649.)
- DELORE (X.). — Note sur l'appendicite pelvienne.
(Bull. Méd. Paris 1901. XV. 769-771.)
- DENIS. — Appendicite. Abcès péri-appendiculaire. Emphyème.
(Gaz. Méd. d'Orient. Constant. 1902. XLVII. 124-128.)
- DUPRAZ (A.). — Appendicite suppurée ; abcès pelvien secondaire ouvert dans le rectum ; guérison après appendicectomie à froid.
(Rapport de M. Potherat. Bull. et mém. Soc. Chir. Paris 1907. ns. XXX. iii. 893-895.)
- E' OWEN. — The treatment of appendix abscess in the recto-vesical pouch.
(Brit. M. J. Lond. 1904. i. 426.)
- FOSTER (G. S.). — Appendiceal infection with abscess formation ; should the appendix be removed at primary operation ?
(Méd. Rec. N. Y. 1913. l XXXIV. 1163-1165.)
- FRAIKIN (A.). — Traitement des abcès rétro-cœcaux dans l'appendicite.
(Gaz. hebd. d. Soc. Méd. Bordeaux 1900. XXVIII 65-66.)
Discussion : PEUGNIEZ, 66. J. BERNARD, 66.
- GAMGEE (L.). — A considération of the clinical aspects of localised abscess resulting from appendicitis.
(Birmingham. M. Rev. 1901. XLIX. 129-140.)

- GASTON (J. Mc. Fjr.). — Subphrenic abscess as a complication of appendicitis.
(Méd. Rec. N. Y. 1901. LIX. 452-454.)
- GAY-BONNET et RAYMOND. — Appendicite compliquée d'abcès péritonéal et de pleurésie appendiculaire.
(Limousin méd. Limoges 1900. XXIV. 210.)
- GUINARD (A.). — Les abcès pelviens d'origine appendiculaire.
(Rev. gén. de clin. et de ther. Paris 1910. XXIV. 449.)
- GUGELOT. — Appendicite aiguë compliquée d'abcès rétro-cœcal : ouverture dans la plèvre ; vomique.
(Echo méd. du Nord. Lille 1911. XV. 179-181.)
- HAGGARD (W. D.). — Appendiccal abscess.
(South. Pract. Nashville 1915. XXVII. 63.)
- HARBIN (R. M.). — Some and results of non-removal of the appendix in 23 abscess cases.
(Atlanta-Journ. Rec. Méd. 1910-11. Ivi. 1-5.)
- HARRIS (W. L.). — Treatment of appendicular collections of pus.
(N.-York. M. J. 1909. Xc. 956-962.)
The pelvic appendix.
(Rhode Island M. J. Providence 1917. i. 13-16.)
- JABOULAY. — Un cas d'abcès appendiculaire pelvien ouvert par la voie rectale.
(Lyon médical. 1904. iii. 255-257.)
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite.
(Thèse de Paris, 16 juillet 1921.)
- JEANMAIRE. — Appendicite avec abcès lombaire ouvert dans les bronches : guérison.
(Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. Paris 1900. XLVII. 193.)
- JESSET (F. B.). — Appendicular abscess.
(Med. Press. et Circ. Lond. 1909. ns. I. XXXV ii. 38.)
- KIRMISSON. — Appendicite rétro-cœcale : abcès appendiculaire.
(Rev. internat. de Méd. et Chir. Paris 1914 XXV 161-164.)
- KOPPANG (N.-B.). — Abdomina pluncture as treatmen of appendiccal abscess. (Tidsskr. f. d. Norske Laegeforen Kristiania. 1908. XXV ii. 439-443.)
- KOTELOFF (V.). — Abscess of appendicular origin. (Kazan méd. J. 1909. ix. 548-556.)
- LEGUEU. — Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire.
(Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris 1902. XXVIII. 946-947.)
- LOZANA (R.). — Appendicitis et abcès appendiculaires. (Gaz. méd. de Paris 1911. I XX ii. 393-395.)

- MAC-INTOSH (W.-P.). — Appendicular abscess with fish bone in the appendix ; operation ; recovery. (N.-Y. Méd. J. etc. 1904. l x x i x 1196).
- MAC-LEAN (A.-D.). — Appendicular abcess : rupture into-péritonéal cavity : operation and recovery. (U. Stades. Nav. M. Bull. Wash. 1910, i v. 517-519).
- MAGNIEZ (Albert). — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne (Paris. Ollier-Henry. 1902 8° - n° 39 - 96 p.).
- MAUCLAIRE. — Epanchements séro-purulents et abcès appendiculaires résorbables ou résiduels. (Gaz. d. Hôp. Paris 1902. LXXV. 511-516).
- M'GUIRE. — The question of the necessity of a second operation for the removal of the appendix in cases where an appendiceal abscess has been treated by simple incision and drainage. (South med. J. Nashville. 1909 ii 479-484).
- PALIARD (Léon). — Abcès appendiculaires traités par l'incision simple ou spontanément ouverts dans l'intestin. Résultats éloignés. (Lyon : 1906. 82 p. 8°).
- PAUCHET (V.). — Les appendiculaires méconnus : de l'appendicite pelvienne. (Bull. Méd. de Paris 1904. XV iii. 179-181).
- PICHEVIN. — Appendicite à forme pelvienne et à phénomènes généraux graves. (Semaine gynéc. Paris 1904. X 233).
- PESSIVY (A.). — Appendicite pelvienne (Clin. Paris 1909. i v. 101).
- RICHARD (F.-L.). — Abcès d'origine appendiculaire ; incision de Roux sans résultat immédiat ; évacuation de pus par les bronches et l'incision. (Arch. de Méd. et Ph. milit. Paris 1904. X l iii. 465-469).
- RICHARD (J.). — Contribution à l'étude de l'appendicite pelvienne. (Toulouse 1911. G. Mollat. 104 p. 8°).
- ROUTIER (A.). — Abcès appendiculaires pelviens ; ouverture par voie rectale. (Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris 1907. n s XXX iii 444-449).
Les gros abcès pelviens d'origine appendiculaire ; leur traitement. 10 observations de guérison.
Bull. Méd. Paris 1912 XX vi 167-169).
Abcès rares au cours de l'appendicite.
Il. Acad. Méd. Paris 1914. 3 s. l XX i 88).

- ROWLANDS. — Chronic appendicitis with abscess opening into the cœcum.
(Méd. Press. et Circ. Lond. 1909 n s l. XXX v iii 553).
- RUSSEL (C.-W.). — Rectal drainage in appendical pelvic abscess.
(Colorado Méd. Denver. 1911. viii. 185).
- SAVARIAUD. — Le pronostic des abcès dans l'appendicite ; leur traitement.
(Ann. de Méd. et Chir. inf. Paris 1910. XIV. 122-128).
- SCHTERN (M.-A.). — De l'appendicite. Cas d'abcès rétro-cœcal ouvert dans le cœcum.
(Ejend : St-Pétersb. 1900. VII. 862-867).
- STONE (J.-S.). — Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess.
(Ann. Surg. Phila. 1904 XXXIX. 265-267).
- SUNDBURY (P.-A.). — After-treatment of appendicitis and appendiceal abscess.
(West. M. Rev. Omaha 1911. XVI. 190-195).
- SWENSON (C.-G.). — An appendical abscess.
(Surg. Gynec. et Obst. Chicago : 1919 XXIX 99).
- VANVERTS (J.). — Abscès péri-appendiculaire postérieur : ouverture de l'abcès ; ultérieurement résection d'un appendice guéri.
(Echo méd. du Nord. Lille 1914 XViii. 378).
- VIGNARD (E.). — Appendicite pelvienne ; évacuation du pus par l'incision.
(Gaz. méd. Nantes 1909. 2 s. XXVii 764-774).
- VON BRUNN (M.). — Ueber die Behandlung appendicitischen Abscess.
(Beitr. Z. Klin. Chir. Tübing 1907 lii, 616-670).
- WEBER (J.). — Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse nach appendicitis.
(Deutsche Ztschr. f. Chir. Leipzig 1900 LIV. 423-445).
- WOLFF E.). — Zur Behandlung der appendicitischen abscess.
(Beitr. Z. Klin Chir. Tübing 1918 CXI. 263-345).
-



